

# THÈSE

224

POUR LE

## Doctorat de l'Université de Paris

(MENTION MÉDECINE)

PAR

### LAZARE HAIDOUDOFF

Né le 10 Février 1905, à Orechovo (Bulgarie)

---

## Contribution à l'étude de Syndrome Appendiculaire dans l'Amibiase chronique latente

---

*Président de Thèse* : M. le Professeur CARNOT

---

1930

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ  
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
PARIS (VI°)



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

N°

# THÈSE

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(MENTION MÉDECINE)

PAR

LAZARE HAIDOUDOFF

Né le 10 Février 1905, à Orechovo (Bulgarie)

---

Contribution à l'étude  
de Syndrome Appendiculaire  
dans l'Amibiase chronique latente

---

*Président de Thèse : M. le Professeur CARNOT*

---

1930

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

PARIS (VI°)

# I. — PROFESSEURS

*Le Doyen*..... M. ROGER.

MM.

ROUVIERE.

|                                                               |                  |
|---------------------------------------------------------------|------------------|
| Anatomie .....                                                | CUNEO.           |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale ..... | ROGER.           |
| Physiologie. ....                                             | STROHL.          |
| Physique médicale. ....                                       | DESGREZ.         |
| Chimie médicale. ....                                         | LEMIERRE.        |
| Bactériologie. ....                                           | BRUMPT.          |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.                 | BAUDOUIN.        |
| Pathologie et thérapeutique générales. ....                   | CLERC.           |
| Pathologie médicale. ....                                     | LECENE.          |
| Pathologie chirurgicale. ....                                 | ROUSSY.          |
| Anatomie pathologique. ....                                   | CHAMPY.          |
| Histologie. ....                                              | TIFFENEAU.       |
| Pharmacologie et matière médicale. ....                       | LÉPER.           |
| Thérapeutique. ....                                           | TANON.           |
| Hygiène et Médecine préventive. ....                          | BALTHAZARD.      |
| Médecine légale. ....                                         | MENETRIER.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                   | RATHERY.         |
| Pathologie expérimentale et comparée. ....                    | MAURICE VILLARET |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie. .                   | CARNOT.          |
|                                                               | BEZANCON.        |
|                                                               | ACHARD.          |
|                                                               | MARCEL LABBE.    |
|                                                               | LEREBoullet.     |
|                                                               | NOBECOURT.       |
|                                                               | H. CLAUDE.       |
|                                                               | GOUGEROT.        |
|                                                               | GUILLAIN.        |
|                                                               | TEISSIER.        |
|                                                               | DELBET.          |
|                                                               | HARTMANN.        |
|                                                               | LEJARS.          |
|                                                               | GOSSET.          |
|                                                               | TERRIEN.         |
|                                                               | LEGUEU.          |
|                                                               | CCUVELAIRE.      |
|                                                               | BRINDEAU.        |
|                                                               | JEANNIN.         |
|                                                               | J.-L. FAURE.     |
|                                                               | OMBREDANNE.      |
|                                                               | VAQUEZ.          |
|                                                               | SEBILEAU.        |
|                                                               | PIERRE DUVAL.    |
|                                                               | SERGEANT.        |
|                                                               | LÉON BERNARD.    |
|                                                               | MAUCLAIRE.       |
| Clinique médicale. ....                                       |                  |
| Hygiène et clinique de la première enfance                    |                  |
| Clinique des maladies des enfants. ....                       |                  |
| Clinique des maladies mentales et des ma-                     |                  |
| ladies de l'encéphale. ....                                   |                  |
| Clinique des maladies cutanées et syphili-                    |                  |
| tiques. ....                                                  |                  |
| Clinique des maladies du système nerveux.                     |                  |
| Clinique des maladies infectieuses. ....                      |                  |
| Clinique chirurgicale. ....                                   |                  |
| Clinique ophtalmologique. ....                                |                  |
| Clinique urologique. ....                                     |                  |
| Clinique d'accouchements. ....                                |                  |
| Clinique gynécologie. ....                                    |                  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopé-                   |                  |
| die. ....                                                     |                  |
| Clinique thérapeutique médicale. ....                         |                  |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. ....                       |                  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. ....                     |                  |
| Clinique propédeutique. ....                                  |                  |
| Clinique de la Tuberculose. ....                              |                  |
| Professeur sans chaire. ....                                  |                  |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

|                                      |                       |
|--------------------------------------|-----------------------|
|                                      | MM.                   |
| Neurologie et Psychiâtrie. ....      | ALAJOUANINE.          |
| Pathologie médicale. ....            | AUBERTIN.             |
| Pathologie médicale. ....            | BENARD HENRI.         |
| Physiologie. ....                    | BINET.                |
| Chimie biologique. ....              | BLANCHETIERE.         |
| Pathologie chirurgicale. ....        | BROCCQ.               |
| Pathologie médicale. ....            | BRULE.                |
| Pathologie chirurgicale. ....        | CADENAT.              |
| Pathologie médicale. ....            | CATHALA.              |
| Pathologie médicale. ....            | CHABROL.              |
| Pathologie médicale. ....            | CHEVALLIER.           |
| Pathologie chirurgicale. ....        | DE GAUDAR D'ALLAINES. |
| Physique. ....                       | DOGNON.               |
| Pathologie médicale. ....            | DONZELOT.             |
| Obstétrique. ....                    | ECALLE.               |
| Urologie. ....                       | FEY.                  |
| Pathologie expérimentale. ....       | GARNIER.              |
| Bactériologie. ....                  | GASTINEL.             |
| Pathologie chirurgicale. ....        | GATELLIER.            |
| Histologie. ....                     | GIROUD.               |
| Pathologie médicale. ....            | HARVIER.              |
| Anatomie. ....                       | HOVELACQUE.           |
| Pathologie médicale. ....            | HUTINEL.              |
| Hygiène. ....                        | JOANNON.              |
| Chimie biologique. ....              | LABBE HENRI.          |
| Parasitologie. ....                  | LAROCHE GUY.          |
| Oto-rhino-Laryngologie. ....         | LEMAITRE.             |
| Anatomie Pathologique. ....          | LEROUX.               |
| Pathologie chirurgicale. ....        | LEVEUF.               |
| Pathologie médicale. ....            | LIAN.                 |
| Pharmacologie. ....                  | MERCIER FERNAND.      |
| Pathologie chirurgicale. ....        | MONDOR.               |
| Pathologie médicale. ....            | MOREAU.               |
| Pathologie chirurgicale. ....        | MOULONGUET.           |
| Pathologie chirurgicale. ....        | MOURE.                |
| Histologie. ....                     | MULON.                |
| Anatomie Pathologique. ....          | OBERLING.             |
| Anatomie. ....                       | OLIVIER.              |
| Médecine légale. ....                | PIEDELIEVRE.          |
| Obstétrique. ....                    | PORTES.               |
| Pathologie chirurgicale. ....        | QUENU.                |
| Physiologie. ....                    | RICHET Fils.          |
| Dermatologie et syphiligraphie. .... | SEZARY.               |
| Pathologie médicale. ....            | VALLERY-RADOT.        |
|                                      | (Pasteur).            |
| Obstétrique. ....                    | VAUDESCAL.            |
| Ophthalmologie. ....                 | VELTER.               |
| Histologie. ....                     | VERNE.                |
| Obstétrique. ....                    | VIGNES.               |

### III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

#### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

|                     | MM.            |
|---------------------|----------------|
| Pharmacologie. .... | BUSQUET.       |
| Obstétrique. ....   | GUENIOT.       |
|                     | LEQUEUX.       |
| Parasitologie. .... | NEVEU-LEMAIRE. |
| Physique. ....      | ZIMMERN.       |
| Obstétrique. ....   | DEMELIN.       |

### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

#### DE CLINIQUE

(ANNEXE)

#### A TITRE PERMANENT

|                             | MM.                |
|-----------------------------|--------------------|
| Clinique chirurgicale. .... | ALGLAVE.           |
| Clinique chirurgicale. .... | AUVRAY.            |
| Clinique chirurgicale. .... | CHEVASSU.          |
| Clinique médicale. ....     | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Clinique obstétricale. .... | LE LORIER.         |
| Clinique médicale. ....     | LERI.              |
| Clinique chirurgicale. .... | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale. .... | PROUST.            |
| Clinique chirurgicale. .... | SCHWARTZ.          |

### V. — CHARGÉS DE COURS.

|                                                                                                                                                      | MM.               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidentés du<br>travail, les mutilés de guerre et les<br>infirmes adultes. .... | MAUCLAIRE, agrég. |
| Stomatologie. ....                                                                                                                                   | FREY.             |
| Education physique. ....                                                                                                                             | CHAILLEY-BERT.    |
| Radiologie clinique. ....                                                                                                                            | LEDoux-LEBARD.    |
| Puériculture. ....                                                                                                                                   | WEILL-HALLE.      |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

*Témoignage de ma plus tendre  
affection.*

A MON PÈRE

*Mon premier maître dans l'exer-  
cice de la médecine.*

*Faible témoignage de mon af-  
fection filiale et de reconnaissance  
pour tous les sacrifices qu'il a con-  
sentis à notre égard.*

A MON ONCLE

*Dont la vie est pour moi un  
exemple, d'honneur, de travail et  
de droiture.*

A MES FRÈRES

MEIS, AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale de la Faculté  
Médecin de l'Hôtel-Dieu  
Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de notre  
thèse. Nous lui adressons l'expres-  
sion de notre respectueuse grati-  
tude.*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES  
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER



## INTRODUCTION

Le sujet de ce modeste travail nous a paru présenter un intérêt considérable pour des raisons multiples. Tout d'abord, depuis la guerre, la dysenterie amibienne, est loin d'être aussi rare en France que nombre de médecins continuent à le croire. D'autre part, le syndrome appendiculaire par lequel se révèlent fréquemment les amibiases latente, complique la question dans les décisions à prendre en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. Et qu'enfin, vu la fréquence de l'amibiase en Bulgarie, notre pays d'origine, il nous a paru intéressant d'étudier l'amibiase latente à laquelle doit penser tout médecin de là-bas, en présence des troubles intestinaux les plus divers dont se plaignent ses malades.

La dysenterie amibienne est une maladie fort anciennement connue. On connaît bien ses principaux symptômes et sa lésion anatomique primordiale - l'ulcération du gros intestin. On sait son épizooticité, sa prédilection pour les pays chauds, ou bien la saison chaude de pays tempérés. Son apparition constante pendant les guerres et

les grandes expéditions. Notre but n'est pas de reprendre ici l'exposé de l'amibiase aigüe. Il est aisé d'identifier et de lui opposer victorieusement les admirables médicaments que sont l'émetine, l'yatrene, et les arsenobenzènes.

Les atteintes latentes, par contre, sont bien plus redoutables car elles peuvent, dans bien de cas, amener des complications aussi graves qu'inattendues. Les nombreux travaux qui ont été consacrés à cette question depuis la guerre, nous ont appris le polymorphisme considérable des manifestations intestinales et extra-intestinales de l'amibiase. Ces formes camouflées sont d'autant plus difficiles à dépister, que la dysenterie chronique peut exister en même temps qu'une constipation opiniâtre.

Le syndrome appendiculaire est dans bien de cas, la première manifestation d'une amibiase contractée souvent plusieurs mois, voir même plusieurs années auparavant, et restée jusque-là latente. Pareils faits sont loin d'être rares en France et ils méritent d'être connus, car on ne songe pas encore assez à l'amibiase, tandis que au contraire à la moindre douleur abdominale on pense à l'appendicite. L'amibiase intestinale est aujourd'hui une affection assez fréquente même sous nos climats, et en la recherchant chaque fois qu'on se trouve en présence d'une appendicite de

caractère assez vague, on évitera peut-être quelques opérations non seulement superflues, mais souvent aussi néfastes.

Avant d'aborder le fond de notre sujet, il nous paraît utile de faire un court aperçu des lésions appendiculaires au cours de l'amibiase aiguë.



**LESIONS APPENDICO-COECALES**  
**AU COURS DE LA**  
**DYSENTERIE AMIBIENNE AIGUE**  
**ET LEUR ANATOMIE PATHOLOGIQUE**

Les lésions de la portion terminale du gros intestin dans la dysenterie amibienne sont bien connues, mais il n'en est pas de même de celles qui siègent au niveau du coecum, de l'appendice et de l'intestin grêle.

La localisation appendiculaire semble être en effet bien plus fréquente que les classiques ne le disent. Ces lésions n'ont d'ailleurs rien de spécial et présentent au niveau de l'appendice les mêmes signes qu'au niveau des autres portions du gros intestin. Le plus souvent d'ailleurs la localisation amibienne n'est pas exclusivement appendiculaire, elle atteint aussi le coecum et le côlon.

Dans les amibiases intestinales aiguës, les ulcérations, au début, présentent l'aspect classique de « bouton de chemise ». L'ulcération sous muqueuse communique par un pertuit étroit, fistuleux avec la lumière de l'intestin. La muqueuse elle-

même est lésée sur un point très limité; mais elle est décollée sur une très grande étendue par l'ulcération siégeant dans la sous-muqueuse. Souvent deux ou plusieurs ulcérations se réunissent entre elles par un tunnel sous-muqueux. La muqueuse comprise entre ces deux ulcérations se décolle, tombe et laisse à nu la portion sous-jacente de l'intestin. Ce sont ces formes aiguës, gangréneuses, qui produisent les perforations intestinales ou appendiculaires. En examinant les coupes d'appendice lésé par l'amibiase pendant ces formes, on peut suivre le travail anatomique de cette dernière. On voit dans la sous-muqueuse de petits abcès avec nécrose en îlots de la paroi. Ces abcès ont un aspect assez voisin des abcès en « bouton de chemise » du colon. De nombreuses amibes se reconnaissent tout autour de l'abcès sous-muqueux et même tout près, sous la séreuse péritoneale. La perforation est produite par une véritable nécrose de la paroi de l'appendice au voisinage d'un de ces abcès. Le pus qu'on trouve dans le péritoine a une teinte tout à fait particulière. Jaune pâle, laiteux, ce pus est différent à la fois du pus louable verdâtre de la péritonite à pneumocoques et du pus fluide, des infections appendiculaires habituellement observées. Le péritoine a un aspect « lavé » (Michel) très congestionné. Le coecum est très oedématié, il peut présen-

ter en même temps que l'appendice, des plaques de sphacele, d'aspect jaunâtre ou feuille morte, comparable aux plaques qu'on rencontre dans les hernies étranglées. Au palper il a la consistance du carton mouillé.

Heuyer et Leveuf ont montré que la portion initiale du côlon résiste moins bien à l'ulcération dysentérique que le côlon terminal.

Dans une statistique que Heuyer a établie à l'hôpital de Koritza en Macédoine, il trouve, sur 49 autopsies de dysentériques, le coecum lésé 48 fois. Sur sept perforations intestinales, la perforation siégeait trois fois sur le coecum, deux fois sur l'appendice et deux fois sur l'anse sigmoïde. Woley et Musgrave à Manille ont trouvé sur 100 autopsies de dysentériques, l'appendice lésé 14 fois avec 6 fois des amibes vivantes dans ses parois. Leroy des Barres en Indochine, et Michel en Syrie, rapportent les faits analogues. Il s'agit donc dans ces cas, souvent, d'une appendicite vraie.

Dans les formes aiguës d'amibiase, les symptômes appendiculaires disparaissent au milieu du tableau clinique de la dysenterie (Heuyer et Leveuf). En effet, comme G. Izar le fait remarquer, trois éventualités peuvent se présenter.

A. — La dysenterie évolue avec son tableau clinique propre, sans qu'un signe particulier attire l'attention du clinicien du côté du coecum et de

l'appendice. La lésion appendiculaire passe inaperçue du vivant du malade. Sa constatation n'est qu'une trouvaille d'autopsie.

B. — La dysenterie est compliquée d'un syndrome de péritonite aigüe dû à une perforation intestinale. Souvent la perforation de l'appendice peut être la cause de cette péritonite, sans qu'aucun signal local préalable indique cette lésion au clinicien.

C. — Le malade a présenté quelques signes d'appendicite au début de sa dysenterie. Puis une péritonite se déclare et cette dernière, par son tableau clinique propre, couvre les quelques symptômes appendiculaires existant au début.

Heuyer et Leveuf nous montrent l'intérêt d'une intervention chirurgicale qui permettra d'agir directement par des lavages appropriés sur les ulcérations du côlon droit et de l'appendice.

Il s'agit là de cas presque tous exotiques, qui se rencontrent dans les pays où l'amibiase est endémique et a une virulence considérable. (Egypte, Manille, Cochinchine). En France, ces cas sont exceptionnels, aussi leur intérêt nous paraît moindre pour les praticiens de nos pays tempérés. Toute autre est en effet l'intérêt du syndrome appendiculaire qu'on rencontre dans l'amibiase chronique latente qui se rencontre fréquemment dans les pays tempérés.

## APERÇU DE L'ÉVOLUTION DE L'AMIBIASIS CHRONIQUE

En général, l'amibiase chronique fait suite à une crise aiguë que le malade a eue quelque temps auparavant. Sous nos climats, l'amibiase peut être d'emblée chronique, et cette crise initiale peut manquer. Elle reste alors ignorée, jusqu'au moment où, pour une cause souvent inexplicable, elle se réveille par une poussée aiguë. Sous l'influence du traitement approprié, tous les phénomènes pathologiques s'amendent et tout rentre dans l'ordre. Cependant, dans la grande majorité des cas, quelques troubles intestinaux persistent. Le malade souffre de vagues douleurs coliques sourdes et indéterminées. A l'occasion d'une fatigue ou d'un brusque changement de régime, le malade fait une poussée de diarrhée qu'il attribue à tout autre chose qu'à son amibiase. D'ailleurs, extérieurement, cette diarrhée ne présente rien de spécial.

Mauricaud et Deglos divisent ces troubles intestinaux en trois types, d'après les selles : a) Type

diarrhéique; b) Type de selles pâteuses, crémeuses, etc...). Type de selles en tas.

A. — Type diarrhéique. — Il s'agit souvent d'un malade qui s'est mal soigné ou bien n'a pas suivi de régime. Il émet 3 à 4 selles par 24 heures, toutes diarrhéiques, formées par un liquide noirâtre, brunâtre, quelques fois vert foncé, parfois même jaune clair. L'odeur n'est pas très fétide. La selle mise dans un verre, laisse un dépôt abondant. On décèle de nombreuses parcelles de mucus et quelques glaires.

Le malade est asthénique, amaigri, présente l'aspect d'un deshydraté, la peau est sèche, pâte, les yeux écoriés. Souvent il souffre de vagues douleurs abdominales.

B. — Type de selles crémeuses, pâteuses, en purée de pois. Le malade émet 2 à 4 selles par jour, de consistance variant entre celle de la colle de pâte et celle d'une mousse au chocolat. Leur couleur est le plus souvent normale. Cette selle est luisante à cause du mucus qu'elle contient, de consistance variant entre celle de la masse fécale on trouve une partie liquide. Le malade a un état général satisfaisant, cependant, c'est surtout à cette période qu'il présente des troubles douloureux et surtout une sensation de plénitude abdominale pénible. Quelques fois douleur en barre dans la région hypogastrique.

C. — Selles en tas. De consistance épaisse ne contenant jamais de matières moulées et dures, la selle s'étale en « bouse de vache » mais reste toujours compacte. Elle a un aspect glacé, comme la selle du type précédent, dû au **mucus** qu'on retrouve en parcelles intimement liées à la masse fécale.

A côté de ces trois types de selles, qui d'ailleurs sont loin d'être aussi nettement tranchés, il est nombre de malades qui n'ont jamais eu que des selles normales, voir même une constipation opiniâtre.

Aussi dans un certain nombre de cas, l'amibiase est restée ignorée. L'absence de la crise initiale aigüe d'abord, la latence parfaite de l'amibiase par la suite, rendent son diagnostic particulièrement difficile. Nombreux sont les malades qui se croient atteints simplement d'entéro-colite ou de recto-colite et qui ignorent complètement leur amibiase. Il faut un effort systématique de la part du médecin pour rechercher au rectoscope, les amibes ou les kystes dysenteriques. Il est des cas même, où les uns et les autres peuvent manquer et ce n'est que le traitement anti-amibien d'épreuve qui peut éclairer le diagnostic.

Les problèmes soulevés par ses formes d'amibiase complètement latente, sont fort intéressants. La première question qui se pose est celle de la

contamination. La nécessité autrefois classique d'un séjour colonial, est aujourd'hui, complètement écartée. L'amibe se rencontre de plus en plus sous nos climats et le prétexte de la latitude, ne doit jamais plus faire rejeter d'emblée cette étiologie. Ravaut, Chauffard et leurs élèves, ont fort bien étudié ces amibiases, qu'ils ont qualifiées d'autochtones. Pendant la guerre, du reste, les troupes coloniales ont joué le rôle de porteurs de kystes. Dans notre observation n° I, on ne retrouve ni crise initiale, ni dysenteriques dans l'entourage de la malade, mais le séjour des troupes coloniales dans son village pendant la guerre. D'ailleurs, les médecins qui furent à Verdun, savent qu'à une époque où la promiscuité de troupes françaises et de troupes coloniales était étroite, il y a eu nombre de contaminations. Or, nombreux sont aujourd'hui, 10 ans après la guerre, les sujets porteurs de kystes.

Mais si nous admettons une contamination ancienne et muette pendant de longues années (10 ans dans notre observation n° I), un nouveau problème se pose. Pourquoi et à quelle occasion la dysenterie, se réveille-t-elle brusquement par des phénomènes rappelant une crise aiguë de première infection. Où sommeille-t-elle pendant sa latence ?

Dans la grande majorité des cas, la portion terminale du côlon qui, classiquement, devrait être

atteinte, ne présente aucune anomalie. Le malade n'accuse aucun trouble douloureux recto-sigmoïdien. Dans deux autopsies pratiquées par Rachet et Brumpt, la sous-muqueuse recto-sigmoïdienne fut trouvée intacte. Par contre, la douleur située au niveau du coecum et du côlon ascendant existe presque toujours. Le malade souffre de tiraillements dans l'angle colique droit. A l'autopsie d'un ancien dysentérique, Harvier et Rachet trouvèrent la sous-muqueuse du coecum et du côlon ascendant farcie de kystes amibiens, alors que la portion terminale du colon était presque intacte. Brumpt rapporte des faits analogues. Michel de Damas insiste sur les mêmes faits. Tout dernièrement, il vient de publier 9 cas de typhlite amibienne observés par lui à l'hôpital Henri de Verbizier. Quelles sont les causes des réveils brusques de l'amibiase. Pourquoi, après plusieurs années, se réveille-t-elle brutalement par une crise aiguë? Autant de questions, autant de points obscurs. Il semble que, dans certains cas, on peut mettre en cause l'acte opératoire portant sur la région coeco-appendiculaire, irritant ainsi les lésions minimes préexistantes dans la région. Mais nous voyons dans notre observation n° VIII, la crise aiguë faire suite à un curettage. Dans un cas de Harvier, c'est pendant la convalescence d'une encéphalite léthargique que l'amibiase se manifesta. Il semble donc que toutes les affections qui met-

tent l'organisme en état de moindre résistance, peuvent servir de causes occasionnelles de ces brusques réveils de l'amibiase. Il est de nombreux cas cependant, où aucune cause déclanchante n'a pu être incriminée, malgré un examen minutieux et un interrogatoire serré du malade. Rachet rapporte à la Société de Gastro-entérologie de Paris, plusieurs cas pareils. Ce point reste très obscur et il montre les réserves qu'on est en droit de faire dans le pronostic, d'une amibiase chronique. Ravaut a rapproché dans son livre, à juste raison d'ailleurs, l'amibiase, le paludisme et la syphilis. Trois affections parasitaires, trois maladies bien parallèles par leur mode d'évolution chronique et par leurs réveils souvent inopinés.

L'amibiase, depuis la guerre, est devenue une maladie, qui doit être placée dans le domaine de la pratique médicale courante. Aussi, à chaque fois qu'on la soupçonne, le médecin doit faire la recherche des amibes dans les selles et la rectoscopie. Et si ces derniers examens sont négatifs, essayer le traitement émitinien d'épreuve.

Nous avons réuni ici quelques observations, dans lesquelles, une ancienne amibiase simule l'appendicite. Ces faits sont loin d'être rares aussi comme M. Carnot le dit, il faut toujours songer à l'amibiase en présence d'une appendicite à caractère vague.

OBSERVATION N° I

(Due à l'obligeance de MM. Carnot et J. Rachet)

Le 9 novembre 1927 entre en lit n° 32 de la salle Ste Madeleine, à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, une jeune femme de 23 ans, qui, quelques jours auparavant, avait été opérée dans le service de M. le Prof. Hartmann, pour une crise d'appendicite aiguë. Elle a été prise le lendemain de son intervention, d'une diarrhée abondante avec selles maco-sanguinolentes. Cette diarrhée n'ayant pas cédé aux traitements habituels, la malade est passée dans notre service de médecine 7 jours après l'intervention.

A son entrée, nous trouvons une malade très pâle, au facies tiré, au pouls petit, rapide hypotendu en proie d'une asthénie considérable, se plaignant de douleurs intenses dans tout l'abdomen, avec paroxysmes fréquents qui dessinent le trajet colique. Elle émet par 24 heures, une moyenne de 30 selles, toutes glairo-sanguinolentes, très fétides, et ne contenant jamais le moindre débris fécal. L'aspect caractéristique d'une dysenterie aiguë d'allure grave et l'impression générale est défavorable.

Un examen aussitôt pratiqué par le Docteur Gaehlinger, révèle dans les selles l'existence d'un grand nombre d'amibes hematophages, nettement dysentériques.

Elle a vécu jusqu'à ces dernières années en Champagne, notamment pendant la guerre, et, dans son village, ont séjourné beaucoup de trou-

pes coloniales. Cependant elle ne signale, ni dans sa famille, ni dans son entourage, aucun accident dysentérique. Elle n'a jamais quitté la France.

L'interrogatoire nous apprend que cette malade a été bien portante jusqu'à il y a six mois. Nous notons seulement, avant cette date un accouchement à terme, mais avec délivrance incomplète ayant nécessité un curettage après de grosses hémorragies.

Depuis six mois, elle a souffert de troubles digestifs consistant en nausées fréquentes, brûlures épigastriques après les repas, avec, de temps à autre, un vague point de côté dans l'hypocondre droit. Mais pendant tout ce laps de temps, ses selles ont été normales et jamais elle n'a accusé la moindre diarrhée.

Le 23 octobre 1927, jour de ses règles, cette jeune femme se sent mal à l'aise, ne dîne pas, accuse quelques nausées, le lendemain matin, elle est prise subitement d'une douleur violente, dans le côté droit du ventre, avec sensation d'étouffement et tiraillement dans l'épaule, elle ne vomit pas. La crise dure une heure, laissant après elle une sensibilité de la fosse iliaque droite. Généralement constipée, notre malade a eu une selle la veille de la crise et une autre le lendemain, selles de constipation, banales, peu abondantes, sans glaires et sans hémorragies.

Son médecin diagnostique une crise d'appendicite et l'envoie dans le service de chirurgie de la Clinique de l'Hôtel-Dieu, où elle reste en observation pendant neuf jours. On ne note aucune fièvre pendant ce temps, il y a seulement quelques nausées et de la constipation. A la palpation, on réveille au point de Mac Burney, une douleur as-

sez légère, mais on constate aussi une sensibilité de la région hypogastrique et de l'hypochondre droit.

Elle est opérée le 2 novembre et le compte-rendu opératoire signale un appendice légèrement congestionné, mais sans lésion apparente, qui est enlevé très simplement, son pédicule est enfoncé et la paroi abdominale est refermée sans drainage. Localement cette opération très simple ne donna lieu à aucune complication.

Le lendemain matin, la malade est subitement prise de coliques, très violentes, en même temps qu'elle commence à expulser des selles d'odeur infecte, composées de glaires de membranes de sang et ne contenant pas de matières fécales. Leur fréquence atteint bientôt 25 à 30 évacuations par jour. La température s'élève très rapidement aux environs de 39°, 5. L'état général est profondément altéré, le facies est celui d'une grande intoxicée, le pouls est rapide, petit et hypotendu.

La gravité de cet état contraste avec l'aspect de la plaie opératoire dont la cicatrisation se poursuit sans incidents.

Au bout de six jours, les choses allant toujours en s'aggravant et le nombre des selles atteignant 60 par 24 heures, cette jeune femme est passée à la salle Ste-Madeleine, où, après un examen rapide et devant la gravité de symptômes intestinaux, nous faisons pratiquer par le Dr Graehlinger, l'examen coprologique qui nous révèle aussitôt l'amibiase intestinale.

La thérapeutique anti-amibienne est immédiatement instituée, mais de façon prudente en raison de l'asthénie cardiaque: pendant une première période de huit jours, la malade reçoit quotidiennement

nement des injections sous-cutanées d'émetine à doses croissantes, en même temps que l'on institue un traitement général tonocardiaque et hydratant. huile canphrée, caféine, sérum glucosé. Pendant cette période, la température dessine une courbe décroissante et oscille au huitième jour autour de 38 °.

Nous avons ainsi injecté une dose totale de 38 centigrammes d'émetine. Les selles sont réduites à 20 par jour, mais leur caractère dysentérique persiste et les matières de caractère fécal n'ont pas réapparu. Elles contiennent encore un nombre assez considérable d'amibes végétatives. Devant l'asthénie intense de cette malade, et en présence d'une baisse progressive et notable de la tension artérielle, nous cessons l'usage de l'émetine qui n'a pas amené toute l'amélioration escomptée, et qui semble assez mal supportée.

Nous instituons alors un traitement anti-dysentérique, grâce à de petits lavements de quinosol (en raison de la parenté de ce médicament avec l'yaatrène que nous ne pouvions alors nous procurer), à la dose de 2 gr. par jour, associés chaque fois à 10 gouttes de laudanum. Après ces lavements, notre malade accuse une brûlure assez vive dans la région recto-sigmoïdienne avec tenesme, par contre, la température, après un temps d'arrêt reprend sa marche décroissante et atteint 37 °, 5 le 24 novembre au matin. Les selles sont alors réduites à 10 par jour. Elles deviennent fécales et moulées même au dernier jour. Mais elles contiennent encore des amibes vivantes. L'état général est franchement meilleur.

Durant une troisième période, nous abandonnons les lavements de quinosol qui sont mal tolé-

rés et nous instituons une thérapeutique arsenicale, 50 ctg. de treparsol quotidien per os. La guérison s'affirme alors en quelques jours, les selles sont bientôt réduites à 2 par 24 heures, la température rejoint 37 °, les amibes ont complètement disparu, l'état général va s'améliorant de jour en jour, et la malade quitte le service le 6 décembre complètement guérie de sa crise, sinon de son amibiase.

OBSERVATION N° II  
(Harvier et Racht)

Il s'agit d'une américaine âgée de 36 ans et vivant en Italie. Son mari présente depuis la guerre, une diarrhée tenace avec cinq à six selles par jour. Jamais il n'a été traité pour cette diarrhée et jamais l'amibiase n'a été recherchée. Depuis quelques mois, notre malade se plaignait de troubles abdominaux imprécis avec nausées, parfois de vomissements, constipation opiniâtre et amaigrissement rapide, suite d'un régime restrictif très sévère édicté pour ces troubles intestinaux. Trouvant à l'examen une très légère sensibilité dans la fosse iliaque droite un chirurgien préconisa une intervention pour appendicite chronique qui effraya fort la malade et qui la décide à venir nous consulter.

En l'absence de point appendiculaire précis, en constatant une sensibilité colique généralisée, et dans l'incertitude d'un examen radioscopique ne montrant aucune anomalie du transit et de la situation intestinale, nous fîmes pratiquer un

examen hématologique qui décèle une forte éosinophilie (15 %) suspectant alors un parasitisme, nous demandâmes un examen corpologique et celui-ci révéla une assez grande quantité d'amibes dysentériques. Le traitement au stovarsol amena très rapidement l'amélioration, puis la guérison de tous ces troubles et notre malade repartit pour l'Italie en parfaite santé.

OBSERVATION N° III  
(Libert)

Il s'agit d'un malade qui, en 1915, sur le front français a eu une crise de dysenterie amibienne, traitée et guérie par l'émetine.

En 1919, le malade souffre de douleurs abdominales surtout marquées dans la fosse iliaque droite. Le médecin consulté porte le diagnostic d'une appendicite et le malade est opéré quelques jours plus tard. L'appendice est trouvé un peu long, sans aucune lésion, le caecum distendu et ptosé, suites opératoires normales.

Les douleurs persistent toujours. Quelques mois plus tard, le malade revient trouver le chirurgien qui, se souvenant du gros coecum ptosé, propose une coecopexie. On procède à cette dernière intervention sans incidents, mais aussi sans résultat. Troisième visite au chirurgien qui propose une nouvelle intervention pour periviscerite. Le malade refuse et va consulter le médecin. Il est très amaigri, et présente l'aspect clinique d'un malade profondément intoxiqué. Il accuse des

douleurs dans tout le trajet colique, mais surtout marquées dans la région dextrocolique. Les différents traitements banaux ayant échoués une fois de plus, son état continue à s'aggraver.

A ce moment, il se souvient de son amibiase. On pratique immédiatement l'examen microscopique des selles et la rectoscopie. Les deux examens sont négatifs.

Malgré ces résultats, le Docteur Libert institue le traitement anti-amibien par l'émétine. L'état du malade s'améliore très vite et en quelques semaines il regagne 6 kilos. Se croyant alors complètement guéri, il abandonne le traitement.

Trois ans après, le 12 juillet 1922, le Docteur Libert est demandé d'urgence auprès du même malade qu'il trouve en pleine crise de dysenterie aiguë, 40 selles glairo-sanguinolantes par 24 heures et un état général d'extrême faiblesse. Son état ne permettant pas d'employer l'émétine, il est traité par l'ipeca. La crise cède de nouveau en quelques jours.

Plus tard, le malade fait une fièvre typhoïde contrôlée par l'hémoculture, et succombe à une phtisie galopante. On peut se demander si l'amibiase ne fut une des causes occasionnelles des infections qu'il a eues ultérieurement.

#### OBSERVATION N° IV

(Vives, Hôpital de Koritza, Macédoine)

E. . . , 23 ans, entre à l'hôpital le 29 juillet 1918.  
Le malade est évacué avec le diagnostic suivant :

Appendicite aigüe, péritonite localisée, douleurs au point de Mac Burney, défense des droits, plastron.

Le malade est en Orient depuis 1917. Crise de dysenterie amibienne très nette en novembre 1917, avec des coliques violentes. Depuis quelques poussées atténuées.

Le 10 juillet, crise de douleurs abdominales très nettes dans la fosse iliaque droite, quelques nausées, pas de vomissements. Au moment de la crise, le malade était constipé.

Le 29 juillet, le malade entre à l'hôpital. A l'examen, il paraît être en bon état, non amaigri. le malade est peu fatigué, pas de fièvre, pouls à 80 °. A l'examen local, pas d'hypéresthésie cutanée, pas de défense musculaire, seule localisée nettement au point de Mac Burney, une douleur profonde réveillée par la pression. Pas de douleur à la transmission de gauche à droite. Pas d'empâtement profond. Pas de matité. Il existe une légère douleur à l'extension du psoas. Selles moulées normales.

Le 30 août. La température monte à 37 °, 9. Le malade se plaint de coliques. L'examen copro-microscopique pratiqué le soir même est négatif. Pas d'amibes, kystes, spirilles, flagelles.

La fosse iliaque droite est peu douloureuse, il y a une légère réaction de défense de la paroi.

Le 1er septembre. Le malade souffre de quelques épreintes, peu de tenesme. La région coeco-appendiculaire est très douloureuse. Défense musculaire très nette. L'S iliaque douloureux à la palpation. Selles en « bouse de vache ». On fait un nouvel examen corpo-microscopique. On ne trouve pas d'amibe, mais on trouve de nombreux

kystes à 4 noyaux. Le traitement à l'émétine est immédiatement institué 0,04 gr. matin et 0,08 gr. le soir. Neo-Salvarsan 0,20 gr.

Le 15 septembre, les selles ont redevenues normales. Examen corpo-microscopique négatif. Pas de coliques, pas d'épreintes. La région coeco-appendiculaire est encore légèrement douloureuse, surtout au point de Mac Burney.

Le malade est évacué le lendemain pour des nécessités militaires.

#### OBSERVATION N° V

(P. Petrides, Hôpital grec d'Alexandrie)

N. Kout. . ., 38 ans, souffre depuis 8 ans de troubles gastro-intestinaux, que différents médecins consultés ont mis sur le compte d'une entérococolite.

Il présente une appendicite aigüe à allure peu bruyante, pour laquelle il a été soigné pendant un mois à domicile par son médecin de famille, jusqu'au refroidissement de la lésion. Je l'ai vu en consultation deux ou trois fois. Je suis tombé parfaitement d'accord avec mon collègue traitant et j'ai conseillé l'opération à froid.

Le malade est opéré dans mon service à l'hôpital, sans le moindre incident. Il s'agissait d'une appendicite banale. L'appendice fut trouvée légèrement congestionnée. Le premier et le second jour, tout se passa normalement, lorsque le troisième jour, inopinément et contre toute attente, l'état change: la fièvre monte à 40 °, 2, anxiété, facies

tiré, mais rien du côté du ventre qui puisse expliquer cet état. Quelques heures plus tard se déclare une crise de dysenterie aigüe avec des selles glairo-sanguinolantes, au nombre de 10 dans les premières 12 heures. L'examen microscopique extemporané des selles, révèle de nombreuses amibes vivantes. Pas de doute qu'il s'agissait d'une crise de dysenterie amibienne classique. Traitement éméthinien immédiat et tout rentre dans l'ordre en deux ou trois jours. A l'interrogatoire serré, le malade affirme que pendant son long séjour en Egypte, il n'a jamais eu antérieurement la dysenterie (selles glairo-sanguinolantes, épreintes, coliques violentes, etc...).

#### OBSERVATION N° VI

(Dr Michel Hôp- Mil. Henri de Verbisier, Damas)

Glav. . . Careb, du 3ème escadron de gardes mobiles, entre à l'hôpital le 14 novembre 1926. Son billet d'hôpital porte le diagnostic « Plastron appendiculaire ». Il est malade depuis 20 jours, quelques jours après les premières douleurs s'est déclarée une diarrhée avec glaires et sang. L'abdomen est douloureux à la palpation.

A son entrée à l'hôpital, le malade se plaint surtout de douleurs dans la fosse iliaque droite où il présente une tuméfaction allongée, qui correspond par son siège, au coecum. Cette tuméfaction est douloureuse à la pression et nettement délimitée. submate à la percussion, sur une étendue de la grandeur d'une paume de la main. Il y a de

la défense musculaire dans cette région, tandis que l'abdomen est souple dans le reste de son étendue. La température est peu élevée 38 °, le pouls à 80.

On pense à une appendicite subaiguë. Intervention immédiate. Anesthésie à l'éther. Incision de Roux sur le milieu de la tuméfaction. On tombe sur un paquet d'épiploon très congestionné, adhérent au cœcum, on le relève avec soin. La paroi du cœcum est épaissie, oedématisée, dure et donne au palper, l'impression du carton mouillé.

L'appendice, située en dedans du cœcum est également oedématisé, le péritoine pariétal de la fosse iliaque est tuméfié et paraît gonflé d'oedème, pas de pus.

L'appendicectomie sous-séreuse est pratiquée. Suture totale de la paroi, sans drainage. Le malade est soumis immédiatement au traitement classique de la dysenterie amibienne. (Injection de 0,08 gr. de chlorhydrate d'émétine pendant 4 jours, puis reprise au stovarsol.) Suites opératoires normales, le malade est guéri de sa crise de dysenterie et quitte l'hôpital le 30 novembre.

OBSERVATION N° VII  
(Bensaude - résumée)

Il s'agit d'un malade qui entre dans le service de chirurgie de la Salpêtrière avec le diagnostic « d'appendicite chronique » fait par son médecin de famille. Le malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite. Peu de défense musculaire,

pas de vomissements. Le malade est opéré 2 jours plus tard. L'appendice est trouvé sans aucune lésion apparente, le coecum est congestionné.

Le lendemain, brusque poussée d'amibiase avec 20 selles glairo-sanguinolantes dans les premières 24 heures. Traitée par le stovasol, la crise cède très rapidement.

A l'interrogatoire, le malade affirme n'avoir jamais eu antérieurement des accidents dysentériques. Il n'a jamais quitté la France.

Le malade est mort ultérieurement d'un néoplasme colique. On peut se demander quel fut le rôle de l'amibiase, comme agent d'irritation chronique dans le développement ultérieur de la tumeur.

OBSERVATION N° VIII  
(Petrides; très résumée)

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans. Elle présente des douleurs abdominales situées dans la fosse iliaque droite. Traitée à la maison pendant un mois médicalement, les douleurs cèdent et depuis elle ne présente aucun dérangement intestinal.

Il y a un mois, son médecin de famille a diagnostiqué chez elle, une endométrite pour laquelle elle entre à l'hôpital.

Le lendemain le curettage est pratiqué. Localement cette opération évolua normalement. Le 3ème jour, après le curettage, la fièvre montre à 40 ° et on soupçonne un réveil brusque de paludisme dont la malade a souffert autrefois. L'exa-

men du sang pour Lâveran est négatif. Quelques heures plus tard, la malade commence à évacuer des selles glairo-sanguinolantes au nombre de 10 dans les premières 15 heures. A l'examen corpomicroscopique on trouve de nombreuses amibes vivantes. Traitée par l'émétine, la malade est guérie de sa crise en quelques jours et quitte l'hôpital.

La malade ne signale pas de manifestations dysentériques pas plus que de troubles intestinaux avant son appendicite il y a quelques mois.

OBSERVATION N° IX  
(Mme Panayotatou, Egypte)

R. Sir..., française mariée à un égyptien, âgée de 35 ans, a présentés trois ans auparavant, des troubles utérins. Aucun autre incident pathologique, sauf 4 à 5 mois après son arrivée à Alexandrie, où elle est atteinte de dysenterie qui est bientôt guérie. Quatre mois après, elle présente brusquement de nouveau, des coliques très fortes, suivies d'évacuations muco-sanglantes. Sa crise est traitée par l'émétine et bientôt tout rentre dans l'ordre. Néanmoins, les crises d'amibiase se répètent depuis, tous les 4 ou 5 mois, et le traitement n'assure qu'une guérison passagère et factice. La malade suit une diète permanente dans la crainte de rechûtes. Un jour, une crise encore plus violente se déclare avec de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite, et le Docteur Brook, chirurgien américain, qui la voit au moment de la crise,

porte le diagnostic d'appendicite aigüe et la fait transporter à la Clinique du Docteur Galakis.

L'intervention chirurgicale est pratiquée le lendemain, l'appendice est trouvé tuméfié, plein de pus, prêt à se rompre. Suites opératoires normales. Le traitement par l'émétine est continué jusqu'au rétablissement complet. Depuis, cessation des rechûtes dysentérique et cet état de guérison persiste depuis deux ans.

#### OBSERVATION N° X

(Vives, Hôpital de Koritza, Macédoine)

D. . . , 26 ans, entre à l'hôpital le 9 juillet 1918.

Le malade est en Orient depuis 6 mois. C'est un paludéen. Quelque temps après son arrivée, il a eu une crise aigüe de dysenterie amibienne, traitée par l'émétine.

La maladie actuelle remonte à trois semaines. Pas d'appétit pendant tout ce temps là. Depuis son atteinte d'amibiase, il a des alternatives de diarrhée et de constipation. Il a eu quelques nausées et deux ou trois vomissements. Il se plaint surtout d'une douleur sourde dans la fosse iliaque droite. Fièvre aux environs de 38°, 5 et 39°, pouls à 80. A l'examen, malade, amaigri, fatigué, pâle, les traits tirés, la langue est saburrale.

La palpation de l'abdomen est généralement douloureuse. La pression du point de Mac Burney éveille une douleur très vive. Réaction musculaire à ce niveau. Pas de plastron, pas d'empâtement. La percussion donne une submatité. L'extension du

psoas est douloureuse. Pas d'hyperesthésie, foie normal, rate percutable sur trois travers de doigt. Les selles, 5 à 6 par jour, sont liquides, jaunâtres, contiennent du mucus, peu de glaires.

Examen copro-microscopique révèle de nombreuses amibes et kistes à 4 noyaux. On institue le traitement à l'émétine, en donnant en même temps du sulfate de soude à petites doses quotidiennes.

27 juillet. Sous l'influence du traitement, les selles tombent de 6 à 1 par jour, selles moulées normales. Les douleurs ont regressé; le malade est évacué le 6 août en bon état.



## ETUDE DU SYNDROME APPENDICULAIRE

Ces quelques observations montrent que, contrairement à ce qu'on voit dans l'amibiase aiguë, où les symptômes d'appendicite sont réduits au minimum dans le tableau clinique de la dysenterie, il existe au cours de l'amibiase chronique latente, un syndrome à tableau clinique presque uniquement appendiculaire. Ce syndrome se présente le plus souvent comme une appendicite chronique à rechûtes, classique. Il nous semble que cette manifestation amibiase est loin d'être aussi rare, qu'on pourrait le croire au premier abord. Nous décrirons ce syndrome tel qu'il se présente en pratique.

Il s'agit habituellement, d'un malade qui vient consulter le médecin pour des douleurs dans la partie droite de l'abdomen. Souvent ces douleurs apparaissent par crises de durée variable. Mais jamais, dans leur intervalle, les douleurs ne disparaissent complètement.

Examiné pendant la crise, le malade présente l'aspect clinique typique d'un appendicite subai-

gue. L'état général est peu touché, le faciès est bon, la fièvre aux environs de  $38^{\circ} 5 - 39^{\circ}$ . Il y a de l'anorexie et quelques nausées, les vomissements manquent le plus souvent.

À l'examen local, on constate au niveau du point de Mac Burney. La pression est douloureuse sur tout le trajet du côlon ascendant. Le point de Lanz le plus souvent est peu douloureux. La défense musculaire de la paroi existe toujours. Elle est plus ou moins prononcée, suivant l'intensité des douleurs. L'hyperesthésie à fleur de peau, le plus souvent n'existe pas et quand on la trouve, elle est peu marquée. L'extension du psoas provoque une douleur plus ou moins vive. On trouve aussi, souvent le signe de Rovsing (douleur par transmission dans la fosse iliaque droite à la pression de la fosse iliaque gauche).

Presque toujours, on trouve une réaction péritonéale plus ou moins marquée. On sent au palper un plastron lisse et plat, qui double la paroi. Sa forme est irrégulièrement ovoïde, et il remonte bien au-dessus du point de Mac Burney. La percussion superficielle montre de la submatité. La percussion profonde réveille la douleur, et montre une sonorité, due probablement à la distension du coecum par les gaz.

Il est des cas où ces crises peuvent manquer, alors le malade présente un syndrome, qu'on ne

saurait différencier de l'appendicite chronique sans les examens de laboratoire.

Les symptômes dysentériques le plus souvent n'existent pas, dans des cas rares, il existe une diarrhée, qui pourrait guider le médecin dans son diagnostic.

Heuyer et Leveuf ont rédigé la loi suivante :  
« Toute crise appendiculaire dans la dysenterie chronique, est suivie d'une poussée aiguë ». Cette loi est loin d'être constante. Nous voyons en effet, que, dans une seule de nos observations, ces deux crises se suivaient (Observ. n° IX).

Donc, contrairement à ce que nous observons dans l'amibiase aiguë, ici, les symptômes de la dysenterie ont nuls. Seul le syndrome appendiculaire domine le tableau clinique.



## DIAGNOSTIC

Les chirurgiens de nos pays ne sont pas sans connaître les accidents de la forme aiguë de l'amibiase, les perforations intestinales surtout, complication à la fois la plus commune et la plus grave. Tout autre est le cas pour les formes chirurgicales, relativement peu fréquentes, de la dysenterie chronique latente, dont les manifestations tellement polymorphes, peuvent simuler un grand nombre d'affections abdominales, voir même extra-abdominales.

Au cours de l'amibiase chronique latente, telle qu'en l'observe en France, on voit parfois apparaître un syndrome appendiculaire, seule manifestation d'un réveil de cette dernière. Le diagnostic est particulièrement difficile, surtout dans les cas où l'amibiase est larvée ou chronique d'emblée. On ne pense pas assez souvent à l'amibiase, tandis qu'on attribue volontairement à l'appendicite, tous les troubles douloureux de l'hypochondre droit.

Le première question qui se pose à nous, est de

savoir, s'il s'agit d'une appendicite vraie, avec lésions de cet organe. Contrairement à ce qu'on observe dans les dysenteries aiguës, où les lésions de l'appendice sont nettes et indiscutables, il semble qu'ici, le syndrome clinique ait pour substratum anatomique, des lésions de l'ampoule coecale. Dans nos observations n° I, V et VII, où l'appendicectomie fut pratiquée, cet organe fut trouvé indemne alors qu'il existait toujours des lésions du coecum indiscutables. Zachary Cope rapporte dans son livre, qu'à l'opération de deux de ses malades chez lesquels il avait porté le diagnostic d'appendicite, il trouva l'appendice sain; alors qu'il existait une typhlite bien caractérisée. Choyce dit avoir vu, dans plusieurs hôpitaux, pendant les opérations pratiquées pour des appendicites, cet organe complètement sain; il s'agissait toujours de typhlites à tableau clinique appendiculaire. Un autre auteur anglais, Deeks, écrit : « Quand les lésions de l'amibiase sont confinées dans le coecum comme il arrive fréquemment, il est presque impossible de les différencier de l'appendicite subaigüe ou chronique sans un examen attentif des déjections après avoir administré du sulfate de magnésie ».

D'autre part, nous voyons que le traitement anti-amibien fait regresser les phénomènes douloureux et que les malades guérissent sans aucune in-

tervention. (Observation n° II et IV). Lécène a rapporté le cas d'un malade qui lui fut adressé avec le diagnostic d'appendicite chronique et guérit par le traitement au stovarsol. P. Petrides décrit dernièrement le même syndrome et conseille de ne jamais pratiquer une intervention chirurgicale sans avoir essayé au préalable le traitement émitinien. Zachary Cope, qui a une grande expérience de la dysenterie, recommande aux chirurgiens des pays où l'amibiase est endémique de ne jamais opérer un malade qui présente le syndrome d'une appendicite chronique, sans examen préalable des selles, ou un traitement émitinien d'épreuve. Il nous paraît donc logique de conclure qu'il s'agit, en général, d'un syndrome pseudo-appendiculaire.

Une deuxième question se poserait alors. Quelles sont les lésions qui provoquent le syndrome clinique et quelle en est la nature?

Deglos, dans une étude sur le « Syndrome douloureux abdominal de l'entérite chronique des amibiens », incrimine des troubles sympathico-abdominaux chez des malades très amaigris par les poussées successives d'amibiase. Les organes ptosés de ces amaigris provoqueraient des tiraillements du filet sympathique et du plexus coeliaque et provoqueraient ces troubles. Ces douleurs ont d'ailleurs une allure spéciale. Sensation

de pesanteur, barre dans la région ombilicale, douleurs généralisées dans tout l'abdomen accompagnées de nausées et de vomissements. On ne peut donc pas attribuer le syndrome pseudo-appendiculaire à ces troubles, la douleur étant localisée et l'état général de ces malades ne correspondant pas aux amaigris de Deglos.

En 1883 et en 1900 Blasco et Bonôme signalent des altérations périnerveuses indiscutables, mais disséminées le long de tout le côlon.

Plus récemment, Loeper écrit : « La lésion dysentérique entame fortement la muqueuse, met à nu la sous-muqueuse où s'entassent des éléments leucocytaires. L'infiltration s'étend en profondeur, gagne, entame les filets nerveux, les pénètre, les dissocie. Le tissu conjonctif s'épaissit et finit par transformer certains ilots en un bloc fibreux méconnaissable ». Il est indiscutable que toute amibiase détermine des troubles de ce genre, mais ces lésions n'expliquent point le véritable syndrome réactionnel, que nous constatons avec parfois même des phénomènes plastiques de péritonite.

Le syndrome douloureux ne peut donc être expliqué par des lésions nerveuses. Il est alors logique d'attribuer ces phénomènes douloureux à des lésions de l'ampoule coecale, dans tous les cas où l'appendice est indemne. Ces lésions ont d'ailleurs été retrouvées dans les interventions qui furent

pratiquées. La statistique d'Heuyer et Lèveuf, d'autre part, est affirmative quant à l'existence de ces lésions. Ces dernières ont été trouvées 48 fois sur les 49 autopsies de dysentériques, que ces auteurs ont pratiquées. Les conseils que Zachary Cope donne pour la conduite à tenir, apportent une nouvelle preuve de leur fréquence.

Si nous insistons sur l'importance du diagnostic différentiel, ce n'est pas pour de raisons théoriques, c'est qu'en pratique, le diagnostic est précieux, car, si ces manifestations cèdent très vite au traitement anti-amibien spécifique; l'acte opératoire complètement inutile réveille souvent une poussée redoutable d'amibiase aiguë.

L'examen copro-microscopique et la rectoscopie sont souvent négatifs, ce n'est pas une contre indication pour pratiquer ces examens, au moindre soupçon d'amibiase. Ils rendront de précieux services. L'examen du sang montre une éosinophilie presque constante (8 à 20 %).



## TRAITEMENT

Le traitement de ces manifestations de l'amibiase, doit être purement médical, tous les auteurs sont d'accord sur ce point. L'opération dans ces cas est, non seulement inutile, mais encore nuisible, car souvent, elle et la cause occasionnelle d'un réveil aussi brusque que redoutable de l'amibiase. Elle est d'ailleurs pratiquée dans des conditions très défavorables, les tissus ayant une tendance considérable au sphacèle, et expose à de graves complications locales.

Aussitôt le diagnostic d'amibiase posé, il faut mettre le malade au régime, en évitant le régime lacté, car par suite de la fermentation du lait, ce régime est mal supporté. Eviter aussi les œufs et les crudités. Il faut donner à ces malades des bouillons de légumes, du riz, des pâtes alimentaires, des purées de pommes de terre, haricots, de lentilles ou de pois. Plus tard, on pourrait donner un peu de jambon et permettre graduellement la reprise de l'alimentation normale. On a proposé (Vives) d'associer à ce régime, des purgatifs salins (sulfate de soude ou de magnésie

doses journalières de 3 à 4 grammes). On assurera l'antisepsie intestinale par l'administration quotidienne de benzonaphtol.

Il faut, immédiatement, instituer le traitement à l'émétine, 0 gr. 04 par injection souscutanée ou intra-musculaire journellement, jusqu'à une dose totale de 0 gr. 8, si l'état général du malade le permet. Les arsenicaux trivalents ou pentavalents, pourront être associés à cette cure ou donnés dans l'intervale. L'yatrène donne de très bons résultats à cause de son action sur les kystes amibiens.

Si les phénomènes douloureux ne cèdent pas en quelques jours, il faut penser qu'il s'agit alors d'une appendicite vraie, et l'intervention chirurgicale reprend dans ce cas toute sa valeur.

## CONCLUSIONS

I. — Il existe au cours des amibiases chroniques latentes, un syndrome appendiculaire, à caractères cliniques nets, mais sans lésions de l'appendice. Ce syndrome nous paraît être dû aux lésions de l'ampoule coecale, dont la constance absolue est constatée soit pendant les opérations, des sujets atteints de ce syndrome, soit par les autopsies pratiquées après la mort de ces derniers.

II. — En présence d'un syndrome douloureux dextrô-colique ou appendiculaire, on doit systématiquement penser à l'amibiase, surtout si le point de Mac Burney n'est pas le siège exclusif de la douleur, ou s'il existe une diarrhée anormale, au lieu de la constipation habituelle de l'appendicite.

III. — En présence d'une appendicite de caractère vague, on doit toujours pratiquer : a) L'examen copro-microscopique, pour rechercher les amibes hématophages ou leurs kystes; b) La rectoscopie, car il est possible que le clinicien soit mis sur la voie du diagnostic par la découverte

des ulcérations du côlon terminal; c) Au cas où les deux premiers examens sont négatifs, essayer le traitement médical spécifique de l'amibiase, qui servira de pierre de touche.

IV. — Une manifestation appendiculaire au cours de l'amibiase chronique latente, doit être traitée médicalement. L'opération est non seulement inutile, mais souvent néfaste, car elle semble déclancher une violente crise d'amibiase aiguë.

V. — Dans les cas, où le traitement médical spécifique n'a pu faire regresser les phénomènes douloureux, il s'agit d'une appendicite vraie, et c'est le traitement chirurgical alors qui s'impose.

*Vu, le Doyen,*

*Vu, le Président,*

ROGER

CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

CHARLETY

## BIBLIOGRAPHIE

- Bérard et Vignaud.** — De l'appendicite, entérites spécifiques et appendicite. Page 118.
- Bonnet et Michon.** — Syndrome pseudo-appendiculaire au cours de la dysenterie amibienne. (Lyon chirurgical 1921, XVIII, page 14.)
- Carnot P. et Turquéty.** — Les Maladies d'importation exotiques depuis la guerre. (Paris médical, 1 décembre 1917)
- Carnot P. et Rachet.** — Amibiase amouflée prise pour une appendicite et opérée comme telle. Brusque réveil de dysenterie après l'opération. (Société de gastro-entérologie de Paris. Séance du 12 mars 1928).
- Carnot P.** — Fausses appendicites et appendicites vraies au cours de l'amibiase. (Journal des praticiens du 14 avril 1928).
- Carnot P.** — Bibliographie à paraître.
- Caplesco.** — Appendicite due aux parasites (Bul. Acad. de Médecine, 4 janvier 1927, page 31).
- Chastenot.** — Recherches sur l'appendicite (Thèse de Paris 1897).
- Cope Zachary.** — Surgical aspects of dysentery liver abscesses (Oxford medical publications, 1920).
- Cote J.** — De l'appendicectomie dans le traitement des dysenteries aiguës graves. (Journal de chirurgie, tome 14, n° 5, page 642).
- Deglos.** — Syndrome abdominal douloureux de l'entérite chronique des amibiennes. (Paris médical, 13 juillet 1918).
- Dopter.** — Les dysentéries, page 142.
- Dopter.** — Altération de l'appendice dans l'amibiase. (Vol. III, du Nouveau Traité de la Médecine de Roger, Vidal, Teissier, page 335, Paris, Masson 1927).

- Harrison.** — Hystopathology of apendiceal amebiasis with case report. (Ann. Int. Med. Michigan, Ann. Arbor II, P. 1081, avril 1929).
- Heuyer et Leveuf.** — Les indications opératoires de la coecotomie dans le traitement des dysenteries (Société de chirurgie, décembre 1918).
- Hoppe-Seyler.** — De l'appendicite consécutive à l'entérite amibienne chronique (Munchener Médical Wochenschrift, 12 avril 1904, page 646).
- Kartulis.** — Virhows archive. Page 105-108.
- Kartulis.** — Lésions de l'appendice dans l'amibiase (zietsch. h. Hyg. und infect. 1094 B. D. 48).
- Labbé Marcel.** — La fréquence de la dysenterie amibienne. (Société médicale des Hôpitaux, 29 avril 1929).
- Lemaire M. E.** — A propos du traitement de la dysenterie amibienne chronique. (Revue de médecine et d'hygiène tropicale, juillet 1928).
- Lerroy des Barres.** — Relations de l'appendicite avec la dysenterie amibienne commenté par Ombredane. (Bulletin de la Société de chirurgie, 14 février 1912).
- Lessieur.** — Entérite simple et dysentique, notre clinique et bactériologique. (Paris médical, 27 janvier 1912).
- Loeper.** — Coelialgie durable chez les dysentériques. (Progrès médical, 8 février 1919).
- Maty.** — Une appendicite au cours d'une dysentérie. (Bull. de la Société de chirurgie, 3 mars 1892).
- Michel.** — Typhlite amibienne aiguë. (Revue Prat. de Mal. des pays chauds, Paris VIII, p. 343, juillet 1928).
- Meillingen.** — Trois cas d'appendicite après la dysenterie amibienne. (Genesk. Tijdschr. V. Nederl. indic. 1928, p. 341).
- Mauriquaut et Deglos.** — Les fonctions digestives chez les dysentériques bacillaires et amibiens. Troubles immédiats et tardifs. (Société médicale des hôpitaux, 15 janvier, 1917).
- Muller.** — Contribution à l'étude des dysenteries et de leur traitement chirurgical. (Thèse de Paris 1919, n° 294).
- Panayotatou.** — Amibiase appendiculaire. (Revue de médecine et d'hygiène tropicales, mai-juin 1929).

- Pavlos Petrides.** — Amibiase intestinale et appendicite. (Revue de médecine et d'hygiène tropicales, mai-juin, 1929).
- Rachet J.** — A propos de quelques formes anormales d'amibiase intestinale. (Paris Médical, 6 avril 1929, page 341).
- Rachet J.** — Hémorragie intestinale révélatrice d'une poussée aiguë d'amibiase, jusque là complètement latente. (Société de gastro-entérologie de Paris, séance du 11 avril 1927).
- Ravaut et Kronulitsky.** — Quelques formes chroniques de dysenterie amibienne dans les régions du Nord. (Presse médicale du 15 juin 1916).
- Ravaut et Kronulitsky.** — Etats dysenteriformes et dysenteries au cours de la guerre. (Revue générale de la pathologie de la guerre 1916).
- Sanfilippo.** — Syndromes appendiculaires d'origine amibienne. (Riforma medica, 20 avril 1929, page 525).
- Strong et Musgrave.** — Report of the surgeon général of the army to the secretary of war for. (Washington 1907).
- Trabaud J.** — L'amibiase latente et ses réveils. (Revue de médecine et d'hygiène des pays tropicaux, mai-juin 1929).
- Vincent et Muratte.** — Les dysenteries.
- Vives J.** — Appendicites et pseudo appendicites dysentériques. (Thèse de Paris 1919, n° 267).
- Woley et Musgrave.** — The pathology of the intestinal amebiasis. (Dept. of the intestinal. Bureau of Government lab. Report n° 32 1905. Manila. Idem Journal Med. ass. 1371, 1905).
- Carnot P. et H. Gaehlinger.** — La pathologie digestive en 1930. (Paris médical du 5 avril 1930).
- Corria Ramirez.** — Revista de med. y chirurgia, 1927.
- Kessel et Mason.** — I. Am. Med. Ass. 4 janvier 1920.
- Pulle.** — Archivo italiano o med. coloniale 1927, page 152.
- Warren H., Cole et Heideman.** — J. Am. Med. 15 février 1929.





189